

Formulário padronizado de atestado médico para inscrição dos candidatos concorrentes às vagas reservadas para pessoas com deficiência.

ATESTADO MÉDICO

Nome: _____

CPF: _____

Espécie e o grau ou nível de deficiência

Código da Classificação Internacional de Doenças (CID): _____

Provável causa da deficiência

_____, ____ de _____ de 2019

Assinatura do Médico e CRM

1. Deverá constar neste atestado o nome, a assinatura e o número de inscrição no CRM do médico.
2. Este **atestado médico, na forma original ou fotocópia simples**, deverá ser entregue juntamente com o **requerimento (formulário) de solicitação para concorrer às vagas reservadas para pessoas com deficiência** de que trata a o **subitem 5.10** deste Edital.